UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 21

FACULTÉ DE MÉDECINE

NÉCESSITÉ
DE
L'HOSPITALISATION PRÉCOCE
DES PARTURIENTES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Janvier 1912

PAR

Louis GUÉRY

Né à Mougins (Alpes-Maritimes), le 9 août 1881

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

VALLOIS, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Prof. adj. / CABANNES, Agrégé / DELMAS, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1912

NÉCESSITÉ DE L'HOSPITALISATION PRÉCOCE

DES PARTURIENTES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 21

FACULTÉ DE MÉDECINE

NÉCESSITÉ

DE

L'HOSPITALISATION PRÉCOCE

DES PARTURIENTES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Janvier 1912

ACAD. LANGUEDOC BIBL.

PAR

Louis GUÉRY

Né à Mougins (Alpes-Maritimes), le 9 août 1881

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	VALLOIS, Professeur, *Président.*	
	DE ROUVILLE, Prof. adj.	*Assesseurs*
	CABANNES, Agrégé	
	DELMAS, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	N.....
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. VALLOIS, *Président.*	MM. CABANNES, *Agrégé.*
DE ROUVILLE, *Professeur-adj.*	DELMAS, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. GUÉRY.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES NICOLLE

DIRECTEUR DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

MONSIEUR LE DOCTEUR CH. BATAILLE

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE DOCTEUR BRUNON

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

L. GUÉRY.

MONSIEUR LE DOCTEUR MAGNIAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LEREFAIT

MONSIEUR LE DOCTEUR LALLEMANT

DIRECTEUR DE L'ASILE D'ALIÉNÉES DE SAINT-YON

L. GUÉRY.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

L. GUÉRY.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR MAYGRIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR DE LAPERSONNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE PARIS

L. GUÉRY.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HALIPRÉ

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

En témoignage de vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VALLÉE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE ROUEN

EX-CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. MARTIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE ROUEN

A l'enseignement duquel nous avons puisé les idées que nous émettons.
Nous l'assurons de notre vive reconnaissance.

L. GUÉRY.

QUE MONSIEUR LE DOCTEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

daigne nous permettre de lui offrir nos sentiments de profonde et respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

L. GUÉRY.

PRÉAMBULE

« *La femme qui meurt en couches s'en va pour avoir rempli un acte tout physiologique et un devoir social ; pour ces deux raisons déjà, mais surtout pour l'enfant qui vient de naître, il semble que la Nature eût dû la faire invulnérable.* » (A. Martin, *Revue médicale de Normandie*, 25 février 1908.)

L'obstétrique moderne peut parer, sans doute, aux multiples causes de terminaison fatale des accouchements, mais encore faut-il qu'elle soit secondée ; et nous verrons de quelle manière, au point de vue social, l'Assistance doit lui venir en aide.

NÉCESSITÉ DE L'HOSPITALISATION PRÉCOCE
DES PARTURIENTES

CHAPITRE PREMIER

CAUSES DÉTERMINANTES DE CETTE ÉTUDE

Au cours des trois années pendant lesquelles nous avons rempli les fonctions d'interne à la Maternité de Rouen, dans le service de clinique obstétricale du professeur Albert Martin, nous avons été frappé de la différence considérable que présentaient non seulement la morbidité, mais aussi la mortalité post-puerpérales, suivant qu'il s'agissait de filles-mères ou de femmes mariées.

Considérant une statistique portant sur cinq années (1902-1903-1904-1905-1906), il nous fut possible d'établir un pourcentage de mortalité qui était de 0,67 p. 100 pour les filles-mères et de 5,12 p. 100 pour les femmes mariées.

A quoi pouvait bien tenir une telle disproportion dans les chiffres ? Fallait-il incriminer des méthodes différen-

tes appliquées par deux chefs de service distincts ?

Notre enquête nous fit rejeter une telle explication.

Non, ce n'était pas au personnel médical qu'il fallait attribuer de tels désastres, mais bien à d'autres causes que nous allons essayer d'établir au cours de ce travail.

Nous n'allons sans doute pas apporter ici des documents d'une grande valeur scientifique, mais nous espérons cependant démontrer qu'au point de vue social et administratif, et plus particulièrement en matière d'assistance, il est des réformes à faire ou tout au moins des règlements à appliquer.

Pour donner plus de force à nos arguments et à notre plaidoyer, nous avons pensé qu'il y aurait peut-être intérêt à contrôler, par une statistique puisée à la Maternité de Montpellier, les chiffres que nous avons recueillis à celle de Rouen. Si à ces deux extrémités de la France nous observons les mêmes faits, si nous trouvons les mêmes causes d'une mortalité qui devrait être tout à fait exceptionnelle, notre argumentation n'en aura que plus de valeur auprès de ceux à qui incombe la réglementation de l'assistance des femmes enceintes arrivées près du terme de leur délivrance.

M. le professeur Vallois a bien voulu nous permettre de puiser dans les registres de son service de clinique obstétricale les matériaux qui vont constituer un des éléments principaux de cette étude socio-médicale, nous lui en sommes très reconnaissant.

CHAPITRE II

PIÈCES JUSTIFICATIVES

A. — Observations recueillies dans le service de Clinique obstétricale de Rouen

Obs. I. — F..., femme T..., entre à la salle 22 le 2 octobre 1907. Son état général est très grave. Ses deux reins suppurent (pyélonéphrite avec fièvre). Elle est enceinte de 6 mois. Traitée médicalement jusqu'au 10 novembre. A cette date, il n'y a aucune amélioration; on décide alors le traitement classique conseillé en pareil cas, c'est-à-dire l'accouchement prématuré provoqué. La femme est délivrée normalement le 11 novembre. Les suites de couches sont absolument normales, mais les reins continuent à suppurer ; la pyélonéphrite antérieure à l'accouchement persiste. Cette malade meurt le 21 décembre 1907 de cachexie et de noma qui a détruit

toute la joue droite. L'autopsie montre deux reins malades et suppurés, un foie insuffisant, aucune lésion de l'utérus ni du péritoine.

Obs. II. — C... Henriette, entre à la Maternité le 21 décembre 1907, à 10 h. 45 du matin. Elle vient, dit-on, d'avoir de violentes crises d'éclampsie. Elle est dans un état comateux absolu. Le traitement classique est fait séance tenante (saignée, sérum, inhalations de chloroforme, etc.). Malgré ces soins continus, la malade a des crises violentes qui se répètent toutes les dix minutes. A 8 h. 10 du soir, elle accouche d'une fille mort-née. La délivrance est normale. Une élève de garde demeure en permanence auprès de cette femme. Tous les soins demeurent inutiles. Cette malheureuse ne reprend pas connaissance. Elle meurt le 23 décembre à midi 45. L'interrogatoire de la famille nous a appris que cette femme avait de l'albumine depuis au moins trois semaines, et qu'un médecin de la ville avait conseillé le régime lacté, ce qui n'avait pas été observé.

Obs. III. — B..., femme T..., entre à la Maternité le 8 janvier à 11 heures du matin. Elle est dans un état très grave, en travail depuis plusieurs jours. L'enfant est mort et tellement putréfié que tout le ventre de la malheureuse est distendu par des gaz provenant de la décomposition cadavérique du fœtus. Le pouls est petit, presque incomptable. Séance tenante, le Pr Martin et le Dr Vallée, chef de clinique, font tout pour sauver cette femme ; et, sans délabrements, sans déchirures, par de simples manœuvres manuelles et sans instru-

ments, ils extraient un fœtus d'une puanteur écœurante. Mais il est trop tard : la femme T... succombe le soir même.

Obs. IV. — F..., femme D..., entre à la Maternité le 10 janvier. On l'y amène pour une hémorragie foudroyante ayant pour cause une insertion vicieuse du placenta. Le pouls est filiforme, incomptable. C'est un médecin de la ville qui adresse la malade à la Maternité. De suite la délivrance est faite par M^lle^ T..., sage-femme en chef, et M. A..., interne du service. Mais cette femme est exsangue ; malgré le sérum et les soins classiques, elle meurt au bout de quelques minutes.

Obs. V. — D..., Marguerite, entre le 10 janvier. Elle est en pleine péritonite suraiguë. Elle a des vomissements fécaloïdes, le ventre très ballonné, le faciès mauvais, le pouls filiforme. M. le professeur Martin diagnostique des accidents consécutifs à un avortement qu'il croit provoqué : la malade avoue qu'elle a tenté de se faire avorter. On lui fait le traitement médical de la péritonite ; l'intervention chirurgicale ne peut être tentée, parce qu'il est trop tard. Cette femme meurt le 11 janvier 1908.

Obs. VI. — L..., femme D..., entre le 7 janvier 1908 à 4 h. 45 du matin, avec une dilatation ayant la dimension d'une pièce de 5 francs. Elle souffre déjà depuis 4 jours, et on a tenté à son domicile 4 opérations de forceps qui sont demeurées infructueuses ; c'est une

primipare de 42 ans ayant un bassin vicié. La température prise à son arrivée est de 38°4 ; c'est donc une malade déjà infectée avant son entrée. On attend jusqu'à 5 h. 30 du soir que la dilatation du col soit complète. L'intervention est faite par M. le professeur Martin qui extrait facilement un enfant en état de mort apparente, mais ranimé assez vite par des soins immédiats. Sa mère continue à faire de la fièvre, malgré les soins dont son bulletin clinique peut faire foi ; elle présente le 12 janvier une éruption scarlatiniforme typique. Elle meurt le 13 janvier.

Obs. VII. — D..., femme B..., entre le 28 décembre à 9 h. 20 du matin. Elle est en travail depuis plus de deux heures lors de son arrivée; les douleurs ont en effet commencé à 7 heures du matin. Elle accouche normalement et spontanément ce même jour, à 11 h. 35 du matin. Le 30 décembre, elle est prise de frissons; et à partir de ce jour, soignée par des injections intra-utérines de permanganate et des injections sous-cutanées d'électrargol. Malgré tous ces soins, la malade présente de l'arthrite infectieuse du coude et du poignet gauches. Elle succombe de septicémie le 12 janvier 1908.

Conclusions particulières pour les observations recueillies à Rouen

Il résulte de ces faits que les femmes mariées ont succombé au cours de la parturition dans une proportion infiniment plus grande que les filles-mères.

Ce n'est pas évidemment à l'état civil de ces malades qu'il faut attribuer la mortalité terrible qui a frappé les femmes mariées alors que les filles-mères ont été si peu atteintes. Nous avons dit d'autre part que ce n'est pas non plus aux soins médicaux qu'il convenait de s'en prendre. Il ne reste plus qu'une interprétation plausible pour expliquer la différence considérable observée dans la mortalité des filles-mères et des femmes mariées.

La voici :

Retenues dans leurs ménages, soit par la crainte de quitter leurs enfants ou leur mari, soit par la terreur irraisonnée de l'hôpital, les femmes mariées n'ont consenti à accepter l'hospitalisation que trop tardivement, alors que des complications graves, mais évitables plus tôt, les y ont obligées ; les filles-mères au contraire ont d'emblée demandé leur hospitalisation ; elles n'avaient peut-être pas le moyen de l'éviter, elles n'avaient pas en tous cas les mêmes raisons de demeurer chez elles : elles ont réclamé en temps utile l'assistance d'un personnel médical éclairé et dans un milieu propice.

Pour les autres, au contraire, ou bien il y a eu intervention intempestive dans un milieu défavorable, ou bien il y a eu excès de temporisation pour une intervention indispensable. En tout cas, il y a eu pour elles une assistance insuffisante ou mal organisée : voilà pourquoi elles ont été victimes, et voilà pourquoi notre Maître, le professeur Martin, a pu déclarer qu'en matière obstétricale, « l'assistance médicale à domicile a fait faillite ». Il n'y a, en pareil cas, de réellement efficace que l'hospitalisation précoce.

Nous allons voir maintenant si des faits analogues vont confirmer, à Montpellier, les conclusions qui se dégagent des observations rouennaises.

B. — Observations recueillies à la Maternité de Montpellier

Obs. 204. — Femme P. ., 34 ans. Entre à la Maternité le 30 mai 1909.

Cette femme a eu déjà deux grossesses terminées toutes deux par l'extraction au forceps d'enfants morts : bassin rétréci.

Depuis le 1er avril, elle a des hémorragies répétées et abondantes. Depuis le 26 mai, l'écoulement sanguin ne s'est pas arrêté ; la parturiente est très anémiée.

A son entrée : pouls à 108, pas de fièvre, pas de douleurs, l'hémorragie augmente d'intensité.

Le toucher fait constater un col long, ouvert largement, on sent le placenta au niveau de l'orifice interne. Comme on ne peut pas atteindre les membranes et que l'hémorragie continue, on met un ballon de Champetier n° 1, puis ballon n° 2, puis ballon n° 3. Il est environ 7 heures (1 heure après l'entrée dans le service). On peut décoller le placenta à droite, on déchire les membranes largement et on fait une version : un membre inférieur est amené à la vulve, on attend, le siège du fœtus faisant tampon et arrêtant l'hémorragie.

A 7 heures et demie. — La dilatation étant complète, on termine l'extraction. En raison d'un rétrécissement

pelvien, le passage de la tête au niveau du détroit supérieur a offert quelque difficulté.

7 h. 50. — La délivrance, artificielle, est terminée à 7 h. 50. Injection très chaude vaginale, puis injection intra-utérine. La malade ne saigne plus.

8 h. 10. — La malade pâlit encore, le bandage recouvrant la vulve et l'alèze sur laquelle la malade repose sont ensanglantés : on introduit la main dans l'utérus et on retire des caillots ; tamponnement fortement serré à la gaze stérilisée. Malgré ce tamponnement, malgré des injections sous-cutanées de strychnine, d'huile camphrée, d'éther, caféine, et environ 1500 gr. de sérum artificiel faits en 4 fois, la malade à 8 h. 20 ne donne plus signe de vie et ne peut être ranimée.

Obs. 101.— Femme B..., 30 ans. Entre en pleine infection puerpérale, le 23 février 1907. Accouchée il y a 10 jours d'un enfant vivant ; on a dû faire une application de forceps.

Cette femme présente des troubles délirants survenus il y a 7 mois, à la suite d'une très forte émotion (mari écrasé) ; depuis, elle a du délire mystique (anges, ciel), tranquille, mais qui a été aggravé par l'infection actuelle.

A son entrée : pouls fréquent, température élevée, lochies purulentes, utérus gros.

24 février. — Curettage, écouvillonnage, cautérisation iodée.

Les jours suivants : injections intra-utérines ; collargol en injection intra-veineuse, huile camphrée, sérum.

27 février. — La malade tousse et expectore des

crachats sanguinolents. Auscultation des deux côtés de la poitrine : foyers de broncho-pneumonie. On pose des ventouses sèches et administre de l'oxygène. On tente de provoquer un abcès de fixation au moyen d'une injection sous-hypodermique de 2 cc. d'essence de térébenthine.

28 février. — L'abcès ne s'est pas formé ; on en essaie un nouveau. La malade succombe dans la soirée par collapsus cardiaque.

Obs. 41. — Femme P..., 29 ans.

Entre le 14 décembre 1908 dans le service, *7 jours après son accouchement* ; elle est en pleine infection.

14 décembre. — Le jour même de son entrée, on lui fait un curettage, écouvillonnage, cautérisation iodée.

Pouls : 100, le soir : 108. Température : 38°, soir : 39°.

On injecte 300 cc. de sérum caféiné.

15 décembre. — Injection intra-utérine au permanganate.

Pouls : 110-120. Température ; 39°4-40°2.

16 décembre. — 2 injections intra-utérines au permanganate. Electrargol : 10 cc.

Pouls : 120-126. Température : 39°8-40°3.

17 décembre. — La malade a un frisson.

On continue les injections intra-utérines au permanganate, l'électrargol, l'huile camphrée, le sérum caféiné.

Il est procédé de même les jours suivants.

21 décembre. — On essaie de provoquer un abcès de fixation par l'injection de 2 cc. d'essence de térébenthine.

22 décembre. — La malade succombe : le pouls est incomptable et la température atteint 41°6.

Obs. 82. — Femme R..., 31 ans.

Entre à la Maternité le 16 janvier 1908, pour infection puerpérale, *10 jours après son accouchement.*

A l'entrée : Température : 39°5. Pouls : 128.

16 janvier. — On lui fait aussitôt une injection intra-utérine iodée et 500 cc. de sérum caféiné.

17 janvier. — Injection intra-utérine de permanganate, matin et soir. Température : 39°7-39°5. Pouls : 120-120.

18 janvier. — La malade tousse et expectore des crachats sanglants.

A l'auscultation : foyers de congestion intense aux deux poumons. Cataplasmes sinapisés.

On administre 500 cc. de sérum strychniné et 2 cc. d'huile camphrée.

19 janvier. — Le même traitement est continué ; on y adjoint : 10 cc. d'électrargol ; 4 cc. d'éther camphré ; 2 cc. de caféine.

Pouls : 120-126. Température : 37°6-37°6.

La malade succombe dans la nuit du 19 au 20.

Conclusions pour les observations recueillies à la Maternité de Montpellier

Nous avons tenu à rapporter ces observations de femmes ayant succombé à la Maternité, car il était utile, à notre avis, de bien montrer que tout avait été fait pour

les arracher à la mort : les soins les plus dévoués et les interventions les mieux conduites.

Pourquoi donc ces décès ? Parce que ces malades n'ont été hospitalisées que trop tardivement ou parce qu'elles ont subi, avant leur entrée à l'hôpital, des manœuvres toujours dangereuses, chez elles, à domicile, par conséquent dans un milieu où rien ne permet l'asepsie et par conséquent la sécurité absolue au point de vue chirurgical ou obstétrical.

Faut-il rappeler que la malade de l'observation 204 n'est arrivée à la Maternité que le 30 mai, presque exsangue, et alors que depuis un mois elle avait des hémorragies abondantes qui l'ont complètement épuisée ?

Pour la malade de l'observation 101, n'a-t-on pas le droit de dire qu'une application de forceps faite à l'hôpital n'aurait pas été suivie d'une infection puerpérale pour laquelle la malade n'est hospitalisée qu'au bout de 10 jours ?

Enfin, dans l'observation 41, ne s'agit-il pas encore d'une malheureuse infectée qui n'arrive qu'au bout de 7 jours ? et n'en est-il pas de même dans l'obs. 82 où il est question d'une malade apportée en pleine infection dix jours après son accouchement ?

N'a-t-on pas le droit de dire, si l'on compare ces résultats déplorables aux résultats parfaits constatés chez les parturientes de la Maternité, n'a-t-on pas le droit de dire qu'il est vraiment regrettable de ne pas ordonner l'hospitalisation des parturientes sinon à la fin de la grossesse, du moins dès le début du travail ?

Que de morts seraient ainsi évitées !

Il n'était pas inutile de faire, d'autre part, une sorte de contre-épreuve à ces premières constatations ; nous avons cru la trouver dans les observations que nous rapportons ci-après :

Obs. 229. — Femme G..., 24 ans.

Secondipare. Premier accouchement très laborieux, terminé par une basiotripsie à la Maternité de Cherbourg, mettant la vie de la mère fortement en danger.

3 mai 1909. — Entre à la Maternité de Montpellier au terme de 7 mois et demi ; elle se plaint d'étourdissements survenant tous les 3 jours depuis 2 mois environ et se manifestant l'après-midi, 2 heures après le repas : sueur froide, pâleur, s'assied pour ne pas tomber ; est tombée sans connaissance la première fois.

Taille : 1 m. 46. Pas d'œdème, pas de varices.

Examen : Hauteur de l'utérus, 29 cm. Parties fœtales à gauche, dos à droite. Sommet très mobile.

Bruits du cœur bien frappés à droite de la ligne médiane.

Col mou sur toute sa longueur, orifice externe bien ouvert.

Promontoire très facilement accessible.

Diamètre bis-épine : 20 cm. et demi.

— bi-crête : 25 cm.

— promonto-sous-pubien, 9 cm. et demi.

Appareil pulmonaire bon. Cœur : 2e bruit claqué.

Pas d'albumine dans les urines.

La parturiente est admise au dortoir des femmes enceintes.

Juin. — Depuis le 18 juin, la tête, lorsqu'on l'applique

sur le détroit supérieur, déborde nettement au-dessus de la symphyse pubienne.

En raison du degré de rétrécissement, M. le professeur Vallois décide de faire une *opération césarienne* et en fixe la date au 25 juin, avant tout début de travail, et à terme.

Opération : A 9 heures du matin, la femme ayant été préparée et anesthésiée (éther-chloroforme), M. le professeur Vallois commence l'opération. Immédiatement avant, on fait une injection sous-cutanée de 1 cc. 50 d'ergotine Yvon.

Incision abdominale de 18 centim. environ sur la ligne médiane, les deux tiers de l'incision étant au-dessus de l'ombilic. L'utérus, fixé : paroi antérieure en avant, est incisé sur la partie moyenne, puis l'incision est prolongée sur l'index comme guide vers le haut et en bas jusqu'au segment inférieur. M. Vallois procède rapidement à l'extraction du fœtus, puis décolle le placenta et l'extrait avec les membranes. L'utérus étant complètement vide, il est procédé à la suture de la plaie utérine, à la soie n° 5, par points séparés, commençant par la partie inférieure et toute l'épaisseur de la paroi prise dans la suture.

L'organe, qui paraît bien rétracté, est remis en place. Epiploon placé au devant de l'utérus. Surjet au catgut sur le péritoine. Suture de la paroi, puis de la peau. Pansement.

Enfant : sexe féminin. Poids : 2 kg. 950.

O-F : 11,5	Sous O-F : 10,5	Bi-P : 9,6
O-M : 12,3	Sous O-B : 9,4	Bi-T : 8,3
Sous Mb : 9,5		

Placenta : Ovalaire, de 570 gr. normal. Membranes complètes.

Suites opératoires bonnes.

La femme se lève le vingt-deuxième jour.

Elle quitte le service, avec son enfant, le vingt-neuvième jour, complètement rétablie.

Nous pourrions également citer, dans le même ordre d'idées, le cas de la femme T..., entrée dans le service le 15 février 1909, pour bassin rétréci, ayant eu une première grossesse terminée par une basiotripsie déguisée (application de forceps ramenant une tête écrasée).

La parturiente est reçue à la Maternité au terme de 4 mois, afin de pratiquer en temps voulu un accouchement prématuré.

11 juillet (10 h. matin). — Accouchement provoqué au terme de 8 mois par introduction d'une bougie de Krause.

10 h. 40 soir. — On trouve une dilatation complète ; on rompt artificiellement les membranes, la tête s'engage en asynclitisme postérieur.

10 h. 55. — Expulsion en occipito-pubienne.

Délivrance : naturelle.

Enfant : sexe masculin. Poids : 2 kg. 830. Bon état.

Diamètres :	O-F : 11	Sous O-F : 10	Bi-P : 8,5
	O-M : 12	Sous O-B : 9,1	Bi-T : 7,9
	Sous Mb : 9,5		

On remarque sur la région temporo-pariétale, qui était en rapport avec le promontoire, une légère dépression.

Suites bonnes ; la mère et l'enfant sortent en bon état, le 2 août 1909.

Ces deux exemples d'interventions heureuses montrent quel bénéfice on peut tirer d'une hospitalisation précoce,

alors que l'on dispose de tout le temps nécessaire pour préparer la parturiente à l'opération qu'elle doit subir et alors qu'on effectue cette opération, en temps voulu, avec l'assistance et dans le milieu hospitaliers.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

I. — Il résulte des observations que nous avions faites à la Maternité de Rouen, que si les filles-mères meurent après l'accouchement, dans une proportion infiniment moindre que celle des femmes mariées, cela tient à ce fait qu'elles réclament leur hospitalisation dans une Maternité dès le début du travail.

Par contre, les femmes mariées, mal secourues ou mal assistées par un service d'assistance qui ne saurait mieux faire, arrivent trop tardivement à l'hôpital.

II.— Ces constatations faites en Normandie se trouvent confirmées par ce qu'on observe, d'autre part, à Montpellier, dans des conditions analogues, c'est-à-dire alors qu'il s'agit, non plus particulièrement de filles-mères ou de femmes mariées (l'état civil n'ayant rien à faire en la circonstance), mais de femmes trop tardivement amenées à la Maternité, soit après le début du travail, soit après des manœuvres exécutées dans de mauvaises conditions.

III. — Le traitement prophylactique d'une telle morbidité ou mortalité est : *l'hospitalisation nécessaire* des femmes enceintes dans les 15 derniers jours de la grossesse. Cette règle devrait s'appliquer à toutes les femmes qui relèvent, à un titre quelconque, de l'assistance (bureau de bienfaisance, familles indigentes). Cette hospitalisation pourrait être précédée par l'institution de consultations médicales mensuelles à partir du troisième ou quatrième mois de la grossesse.

IV. — Enfin, il y a nécessité *urgente* d'ouvrir des asiles où les femmes enceintes puissent être reçues dans les derniers mois de leur grossesse, y être soumises à une surveillance éclairée et y recevoir les soins que réclame leur état.

C'est un devoir social à remplir.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 5 janvier 1912.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 5 janvier 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!